

- Substitution: Neue Regelungen im EBM
- Palliativmedizinische Versorgung
- Epilation mittels Lasertechnik
- Neue Abrechnungssystematik bei Schrittmachersystemen
- Änderung der Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversichertenkarte
- Spezialisierte Geriatrische Diagnostik
- Gesetzliche Unfallversicherung: Erhöhung der Gebühren um 18 Prozent
- Verordnung von häuslicher Krankenpflege: Neues Muster 12
- Verordnung von Soziotherapie: Änderungen der Formulare 26 und 28
- Beendigung Take-Home-Vertrag zum 30. September 2017
- Zuschlag zu den Untersuchungen U2 bis J1 (GOP 04354 EBM)
- DAK Gesundheit: Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
- Kündigung Betreuungsvertrag: AOK NORDWEST und Techniker Krankenkasse
- HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Für Rückfragen: Serviceteam der KVSH Tel. 04551 883 883

29.09.2017

Substitution: Neue Regelungen im EBM

Zum 1. Oktober 2017 gibt es wesentliche Änderungen im EBM, die die Behandlung von Opiatabhängigen betreffen. Unter anderem kann die Substitutionsbehandlung zukünftig auch im Rahmen von Hausbesuchen (GOP 01410 und 01413 EBM) erfolgen, sofern eine chronische Pflegebedürftigkeit vorliegt, die eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht zulässt. Die Anmerkungen zur GOP 01950 EBM wurden entsprechend angepasst. Zudem wurden folgende neue Leistungen in den Abschnitt 1.8 EBM aufgenommen:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Auszug der Abrechnungsbestimmungen	Bewertung in Punkten
01949	Behandlung von Opiatabhängigen im Rahmen der Take-Home-Vergabe	- je Behandlungstag - höchstens zweimal in der Behandlungswoche	69
01960	konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten gemäß § 5 Abs. 4 BtMVV (Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung)	- einmal im Behandlungsfall	90

Die neuen Gebührenordnungspositionen werden, wie die bestehenden Leistungen des Abschnitts 1.8 EBM, außerhalb der MGV und somit extrabudgetär vergütet.

Palliativmedizinische Versorgung

Zum 1. Oktober 2017 wird die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung in das EBM-Kapitel 37, Abschnitt 37.3, aufgenommen. Zugriff auf die neuen Leistungen haben Hausärzte sowie Fachärzte, die an der direkten und persönlichen Patientenversorgung teilhaben (beispielsweise Anästhesisten), wobei für die GOP 37300, 37302, 37317 und 37318 eine Genehmigungspflicht besteht.

Anspruchsberechtigt sind Patienten, die die Voraussetzungen nach § 2 der Anlage 30 BMV-Ä erfüllen. Weiterhin darf der Patient – nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes – nicht gleichzeitig Leistungen im Rahmen der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), mit Ausnahme der Beratungsleistung, erhalten.

Die neuen Leistungen im Überblick

Leistungen, die nur von Vertragsärzten abgerechnet werden dürfen, die die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 BMV-Ä erfüllen und eine Genehmigung der KV erhalten haben:

GOP	Bezeichnung der Leistung	Auszug der Abrechnungsbestimmungen	Bewertung in Punkten
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung	- einmal im Krankheitsfall - nur berechnungsfähig von einem an der Behandlung beteiligten Arzt	392
37302	Koordinationspauschale	- einmal im Behandlungsfall	275
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	- einmal im Krankheitsfall	1.425
37318	Telefonische Beratung von mindestens fünf Minuten Dauer	- bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. - je Telefonat - höchstens siebenmal im Behandlungsfall berechnungsfähig	213

Leistungen, die von allen an der Versorgung eines Palliativpatienten beteiligten Vertragsärzten abgerechnet werden dürfen (**nicht genehmigungspflichtig**):

GOP	Bezeichnung der Leistung	Auszug der Abrechnungsbestimmungen	Bewertung in Punkten
37305	Zuschlag zu den GOP 01410 und 01413	- je vollendete 15 Minuten - Höchstwert am Behandlungstag: 744 Punkte	124
37306	Zuschlag zu den GOP 01411, 01412 und 01415 (Dringende Besuche)	- je Besuch	124
37320	Fallkonferenz gemäß Anlage 30 BMV-Ä	- fünfmal im Krankheitsfall - auch bei telefonischen Fallkonferenzen berechnungsfähig	64

Leistung, die nur von konsiliarisch tätigen Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin abgerechnet werden darf (**nicht genehmigungspflichtig**):

GOP	Bezeichnung der Leistung	Auszug der Abrechnungsbestimmungen	Bewertung in Punkten
37314	Konsiliarische Erörterung durch einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	- einmal im Behandlungsfall	106

Die Vergütung der neuen palliativmedizinischen Leistungen erfolgt zunächst befristet für zwei Jahre außerhalb der MGV und somit extrabudgetär.

Die bisher gültigen Palliativ-Ziffern (GOP 03371/03372/03373 bzw. 04371/04372/04373) sind wie bisher für alle Ärzte abrechenbar, die Patienten palliativmedizinisch betreuen – und das ohne jegliche zusätzliche Qualifikation. Durch die neue Verordnung wird dieses Kapitel nicht berührt.

Epilation mittels Lasertechnik

Die Epilation mittels Lasertechnik kann ab 1. Oktober 2017 bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen als vertragsärztliche Leistung über den EBM abgerechnet werden. Die Berechnung setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht.

Die neuen Leistungen im Überblick

GOP	Bezeichnung der Leistung	Auszug der Abrechnungsbestimmungen	Bewertung in Punkten
02325	Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht und/oder am Hals	- fünf Minuten Dauer	88
02327	Zuschlag zur GOP 02325	- je weitere vollendete fünf Minuten Dauer - GOP 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal und im Krankheitsfall höchstens 32-mal berechnungsfähig	70
02326	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand und/oder den Händen	- fünf Minuten Dauer	88
02328	Zuschlag zur GOP 02326	- je weitere vollendete fünf Minuten Dauer - GOP 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens viermal und im Krankheitsfall höchstens 32-mal berechnungsfähig	70

Die Vergütung der GOP 02325 bis 02328 erfolgt zunächst befristet für zwei Jahre außerhalb der MGV und somit extrabudgetär.

Neue Abrechnungssystematik bei Schrittmachersystemen

Zum 1. Oktober 2017 werden die telemedizinische und konventionelle Funktionsanalyse von Schrittmachersystemen nach den Aggregattypen Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) differenziert.

Durch diese Neustrukturierung der telemedizinischen und konventionellen Funktionsanalysen im EBM werden die bisherigen Gebührenordnungspositionen im Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin) des EBM zum 30. September 2017 gestrichen und jeweils durch drei neue Ziffern für die konventionelle Funktionsanalyse und zwei Ziffern für die telemedizinische Funktionsanalyse ersetzt. Die Vergütung erfolgt – analog zu den bisherigen Gebührenordnungspositionen – innerhalb der MGV.

Art der Funktionskontrolle	Bisherige GOP (bis 30.09.2017)		Neue GOP (ab 01.10.2017)	
	GOP	Bewertung (Punkte)	GOP	Bewertung (Punkte)
konventionell	13552 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279	13571 (Schrittmacher)	189
			13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350
			13575 (CRT)	431
telemedizinisch	13554 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	279	13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350
			13576 (CRT)	431
konventionell	04418 (Schrittmacher, Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511	04411 (Schrittmacher)	347
			04413 (Kardioverter/Defibrillator)	641
			04415 (CRT)	789
telemedizinisch	04417 (Kardioverter/Defibrillator, CRT)	511	04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641
			04416 (CRT)	789

Die neuen Gebührenordnungspositionen im Kapitel 13 EBM unterliegen neben der allgemeinen Genehmigungspflicht nach § 135 Abs. 2 SGB V zum Teil gesonderten Qualifikationsvoraussetzungen, die Internisten ohne beziehungsweise mit Schwerpunkt (außer Kardiologen) erfüllen müssen, wenn sie die neuen Gebührenordnungspositionen abrechnen wollen. Hierzu erfolgte im EBM eine Anpassung der Präambel des Kapitels 13 sowie der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 13.3.5.

Änderung der Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversichertenkarte

Im KVSH-Newsletter vom 3. Juli 2017 haben wir bereits über die Änderungen der Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversichertenkarte berichtet. Zu dem Newsletter aus Juli 2017 möchten wir an dieser Stelle ergänzen, dass die Krankenversicherungskarte (EHIC) beziehungsweise die provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) zweifach zu kopieren ist und die Kopien mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen sind. Anschließend senden Sie eine Kopie der EHIC/PEB sowie das Original der „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ umgehend an die vom Patienten gewählte Krankenkasse. Die Zweitkopie/Durchschläge verbleiben in der Praxis und müssen mindestens zwei Jahre lang aufbewahrt werden.

Spezialisierte Geriatrische Diagnostik

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 Änderungen vorgenommen, die die Präambel 30.13 EBM (Spezialisierte Geriatrische Diagnostik und Versorgung) betreffen.

Anpassung Nr. 3 der Präambel zum Abschnitt 30.13

In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 30.13 EBM tätig ist, kann die GOP 30984 (Weiterführendes geriatrisches Assessment) zukünftig ohne Überweisung durchgeführt und abgerechnet werden.

Voraussetzung hierfür ist, dass sich die Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments aufgrund eines hausärztlich geriatrischen Basisassessments nach GOP 03360 ergibt. Aufgrund des hier geringeren Abstimmungsaufwandes bei gemeinschaftlicher Behandlung in BAG und MVZ wird ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Vorabklärungsziffern (GOP 30980 und 30981) vorgenommen.

Neuaufnahme Nr. 7 der Präambel zum Abschnitt 30.13

Ist ein Vertragsarzt gleichzeitig Geriater, kann dieser für eigene Patienten, die er allgemein geriatrisch versorgt, ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach GOP 30984 ohne Überweisung durchführen. Die Notwendigkeit muss jedoch durch einen anderen, mitbeurteilenden Geriater bescheinigt werden.

Gesetzliche Unfallversicherung: Erhöhung der Gebühren um 18 Prozent

Für die Gebührensätze der gesetzlichen Unfallversicherungsträger konnte eine Honorarsteigerung von 18 Prozent ausgehandelt werden. Die Anhebung wird auf vier Jahre verteilt. Die erste Erhöhung um 8 Prozent erfolgt zum 1. Oktober 2017. Danach folgen drei Stufen mit einer Erhöhung von je 3 Prozent, jeweils zum 1. Oktober der Jahre 2018, 2019 und 2020. Alle Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/html/1150_30880.php.

Verordnung von häuslicher Krankenpflege: Neues Muster 12

Wie bereits im Nordlicht 8/2017 veröffentlicht, weisen wir darauf hin, dass es ab dem 1. Oktober 2017 für die Verordnung von häuslicher Krankenpflege ein neues Muster 12 gibt. Bitte beachten Sie, dass es sich um eine **Stichtagsregelung** handelt. Bisher verwendete Formulare dürfen somit ab dem 1. Oktober 2017 nicht aufgebraucht werden. Das neue Muster 12 wird in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Verordnung von Soziotherapie: Änderung der Formulare 26 und 28

Zum 1. Oktober 2017 werden die Formulare zur Verordnung von Soziotherapie angepasst. Damit wird insbesondere dem erweiterten Indikationsbereich Rechnung getragen, der mit der Änderung der Soziotherapie-Richtlinie aus dem Jahre 2015 eingeführt wurde. Die Formulare 26 und 28 wurden darüber hinaus übersichtlicher gestaltet und redaktionell angepasst. Bitte beachten Sie, dass es sich um eine **Stichtagsregelung** handelt. Bisher verwendete Formulare dürfen somit ab dem 1. Oktober 2017 nicht aufgebraucht werden. Die neuen Formulare werden in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein. Das Formular 27 (Soziotherapeutischer Betreuungsplan gem. § 37 a SGB V) wurde nicht verändert.

Neues aus der Abteilung Struktur und Verträge

Beendigung Take-Home-Vertrag zum 30. September 2017

Die Vereinbarung zur Förderung der Take-Home-Vergabe in der Substitutionstherapie bei fortgeschrittenem Therapieverlauf zwischen der KVSH und den schleswig-holsteinischen Krankenkassen wird zum 30. September 2017 beendet.

Die Pseudo-Gebührenordnungsposition 99033A ist somit ab dem 1. Oktober 2017 nicht mehr abrechenbar. Hintergrund ist die Änderung des Abschnitts 1.8 EBM zum 1. Oktober 2017, mit welcher die Leistungen zur Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen an die Weiterentwicklung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) angepasst werden (siehe Seite 1 dieses Newsletters).

Zuschlag zu den Untersuchungen U2 bis J1 (GOP 04354 EBM)

Ab dem 1. Oktober 2017 kann der Zuschlag bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugenduntersuchung (GOP 04354 EBM) für Versicherte der BARMER, die am Sondervertrag der BARMER für Kinder- und Jugendliche mit dem BVKJ teilnehmen, über die Honorarabrechnung abgerechnet werden. Sofern ein pathologisches Ergebnis vorliegt, müssen die Kinder- und Jugendmediziner lediglich die Kennung 99911A zusätzlich zum Zuschlag ansetzen. Die Früherkennungsuntersuchung wird weiterhin über den Sondervertrag der BARMER erbracht und über den dort vorgegeben Abrechnungsweg vergütet.

DAK Gesundheit: Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus

Zum 1. Oktober 2017 tritt die Kaufmännische Krankenkasse – KKH dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit der DAK Gesundheit bei und erkennt somit alle Rechte und Pflichten des Vertrages an. Für Versicherte der Kaufmännische Krankenkasse – KKH können deshalb ab dem 1. Oktober 2017 Leistungen aus dem Vertrag erbracht und abgerechnet werden.

Aus gegebenem Anlass wurden die Anlagen Versicherteninformation (Anlage 6a), Datenschutzmerkblatt (Anlage 6b), Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 7) und die Teilnahmeerklärung des Arztes (Anlage 8) redaktionell angepasst.

Die Vertragsunterlagen stehen im Downloadcenter auf www.kvsh.de zur Verfügung. Bei Bedarf können die Unterlagen auch per Post angefordert werden.

Kündigung Betreuungsvertrag: AOK NORDWEST und Techniker Krankenkasse

Die AOK NORDWEST und die Techniker Krankenkasse (TK) haben den Betreuungsvertrag zum 30. September 2017 gekündigt. Die Leistungen des Vertrages können für Patienten der AOK NORDWEST und der TK ab dem 1. Oktober 2017 nicht mehr abgerechnet werden. Dies betrifft die Gebührenordnungspositionen 99340 (für die TK 99340A – 99340D und für die AOK NORDWEST 99340M – 99340O).

HVM: Abgeordnetenversammlung beschließt Änderungen

Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat in ihrer Sitzung am 27. September 2017 Änderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 beschlossen. Die aktuelle Fassung des HVM finden Sie auf unserer Homepage www.kvsh.de. Anforderung des HVM in Papierform: 04551 883